

Выводы. Ведение беременности у женщин, страдающих эпилепсией, не имели статистически значимых отличий по сравнению с контрольной группой. Из основной группы выписано домой было 78 детей, 1 ребенок переведен в Витебскую детскую областную клиническую больницу. В контрольной группе все дети выписаны домой.

Литература:

1. Власов, П. Н. Эпилепсия и беременность / П. Н. Власов, В. А. Петрухин, Н. Д. Гаспарян. – М. : Литтерра, 2012 – С. 485–533.
2. Власов, П. Н. Терапевтическая тактика по эпилепсии во время беременности : метод. указания №2001/130 / П. Н. Власов. – М., 2001. – С. 15.
3. Озолия, Л. А. Современная терапевтическая тактика ведения беременных, больных эпилепсией / Л. А.Озолия, А.З.Кашежева. – 2005. – № 81. – С. 278–285.
4. О. В. Макаров, Николаев Н.Н., Волкова Е.В.// Акушерство и гинекология. – 1998. – № 39. – С. 17–25.
5. Pregnancy and perinatal outcome in epileptic women: A population-based study / O. Katz [et al.] // The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine. – 2006 Jan. – Vol. 19, N 1. – P. 21–35.
6. Management Issues for Women with Epilepsy (American Academy of Neurology Guideline Summary for Clinicians).
7. Morrow J. The XX factor. Treating women with anti-epileptic drugs. National services for health. 2007
8. O'Brien. Management of epilepsy in women / O'Brien, S.K. Gilmour-White. // Postgrad. Med. J. – 2005. – Vol. 81. – P. 278–285.

ПРИНЦИПЫ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ДЕТЬМИ С БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ (БЛД)

Пчельников Ю.В., Котлярова В.В.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Целью нашей работы явилось обеспечение преемственности в наблюдении и оказании адекватной медицинской помощи детям грудного и раннего возраста, страдающим БЛД.

БЛД является наиболее распространенным хроническим заболеванием легких у детей грудного и раннего возраста. Возникает у новорожденных детей, главным образом, глубоко недоношенных. БЛД развивается в процессе длительной терапии респираторных расстройств с помощью ИВЛ и высоких концентраций кислорода. Она проявляется дыхательной недостаточностью (гипоксемией) из-за преимущественного поражения бронхиол и паренхимы легких и характеризуется стойкими обструктивными нарушениями и характерными рентгенологическими изменениями. Принято выделять классическую и «новую» формы БЛД недоношенных, а также БЛД

доношенных. В МКБ10 эта патология кодируется –P27.1 (от 0 до 1 года), и J43 (от 1 года до 3-х лет).

Патоморфологические процессы отмечаются уже в первые дни жизни ребенка, на втором месяце они завершаются массивным фиброзом с деструкцией альвеол. Течение БЛД волнообразное (отмечаются периоды обострения и ремиссии) и зависит от выраженности как морфологических, так и функциональных нарушений. Рентгенологически у детей старше одного месяца выявляют грубые изменения (фиброз, кисты, деформация бронхов, изменение прозрачности легочной ткани).

Клинически при БЛД отмечается кашель и стойкие физикальные изменения, признаки скрытой дыхательной недостаточности, выявляемые при нагрузке – сосании, движении, плаче. Выявляется отставание в физическом развитии, наличие легочного сердца, неврологическая симптоматика. В раннем возрасте отмечаются признаки обструкции мелких бронхов, особенно при наложении вирусной инфекции. Все это приводит к необходимости их госпитализации и относит детей к группе риска по развитию астмы.

При БЛД может происходить регресс клинических и рентгенологических признаков по мере роста ребенка. Долгосрочный прогноз затруднен, однако показано, что к пятилетнему возрасту функциональное состояние дыхательной системы может становиться сопоставимым с развитием дыхательной системы у их сверстников. По статистике исход БЛД с выздоровлением 29% - 49%. Остальная часть больных формирует группу ХНЗЛ (хронический бронхит, эмфизема легких, бронхиальная астма и т.д.). На данном этапе развития медицины в Беларуси в лечении БЛД используют постановление МЗ РБ от 12.08.16г. №96. Лечение носит симптоматический характер. Поэтому мы предлагаем после выписки из стационара детей с БЛД проводить диспансерное наблюдение за ними по следующему плану:

- гипоаллергенный режим в связи с высоким риском развития бронхиальной астмы;
- минимизация контактов с инфекционными больными и соблюдения режима дня;
- адекватная диета с повышенным содержанием белка до 3–3,5 г /кг и калорийностью 120-140 ккал / кг в сутки;
- осмотры пульмонолога;
- дети с БЛД нуждаются в повторном рентгенологическом обследовании в возрасте 6 – 12 месяцев, далее ежегодно (а также при обострениях заболевания); необходим контроль за состоянием функции внешнего дыхания и показателями сатурации кислородом крови. Это особенно важно в связи с тем, что встречается гиподиагностика БЛД. Наблюдать совместно с пульмонологом;
- биохимическое исследование крови 1-2 раза в год, диагностика рахита;

- эхокардиографическое исследование сердца (контроль формирования хронического легочного сердца, 2 раза в год). Наблюдение кардиолога;
- осмотр ребенка невропатологом, окулистом, физиотерапевтом помогает оптимизировать лечение с учетом сопутствующей патологии;
- проводится вакцинация по индивидуальному календарю;
- обучить родителей: подсчету частоты дыхания и пульса; диагностике дыхательной недостаточности; комплексу пассивных дыхательных упражнений; массажу. Все родители обязаны получить инструкции по проведению сердечно-легочной реанимации.

- если в клинике БЛД есть симптомы бронхиальной обструкции (из-за гиперреактивности или воспалительных изменений в слизистой оболочке), назначаются стероидные препараты. Предпочтение отдается ингаляционным стероидам в виде дозированных аэрозолей (бекотид 100-200 мкг или фликсотид – 50-100 мкг) или жидких форм (пульмикорт не менее 500 мкг на одну ингаляцию и до 1000мкг), которые доставляются в дыхательные пути при помощи специального спейсера с маской или небулайзера. Начинают лечение с минимальной эффективной дозы, продолжают его до стойкого клинического и рентгенологического улучшения (от 1 месяца до 2,5 лет). Ухудшение состояния требует удвоения дозы на 2–3 недели. При достижении **клинико-лабораторной ремиссии базисную терапию** ингаляционными стероидами постепенно отменяют.

Если в выписке из стационара ребенку рекомендована базисная терапия ГКС и лечение капотеном (0,1-0,5 мг/кг сутки каждые 8 часов 2 мес.), то проводится эта терапия на амбулаторном этапе под контролем кардиолога и пульмонолога с последующей коррекцией при стационарном обследовании;

- при развитии интеркуррентной инфекции с нарастанием обструктивных нарушений используются ингаляционные бронхолитические препараты (сальбутамол, беродуал) на 5-7 дней, при нарастании дыхательной недостаточности необходима госпитализация.

- при назначении этиотропной терапии по поводу обострения БЛД на фоне ОРЗ необходимо учитывать возможность атипичной (микоплазмоз, хламидиоз), вирусной (ВПГ, ЦМВ), пневмоцистной этиологии инфекции (назначаются антибиотики из группы макролидов (азитромицин, мидекамицин и др.).

- родители больного ребенка нуждаются в социальной адаптации и эмоциональной поддержке, поскольку течении БЛД не предсказуемо, а выздоровление может быть очень медленным.

Тактика ведения больных с БЛД на разных этапах наблюдения и при разной степени тяжести представлена в таблице 1.

| Таблица 1. Тактика ведения детей с БЛД | | |
|---|---|---|
| Легкое течение | Среднетяжелое течение | Тяжелое течение |
| Отделение патологии новорожденных | | |
| 1.Ингаляционная стероидная терапия; 2.Бронходилататоры | 1.Ингаляционная стероидная терапия; 2.Бронходилататоры через небулайзер | 1. Системная стероидная терапия с переходом на ингаляционные препараты; 2.Мочегонные средства; 3. Бронходилататоры через небулайзер |
| Высококалорийное лечебное питание, витаминотерапия по показаниям, физиотерапевтические методы лечения | | |
| Амбулаторный этап | | |
| Наблюдение | Ингаляционная стероидная базисная терапия до клинико-лабораторной ремиссии (беклометазон, флутиказон, пульмикорт) | Ингаляционная стероидная базисная терапия до клинико-лабораторной ремиссии (беклометазон, флутиказон, пульмикорт), бронхолитики при выраженной обструкции |
| Обострение заболевания | | |
| При наслоении респираторной вирусной инфекции, при нарастании бронхообструкции и ДН | | |
| Амбулаторно, стационар по показаниям | стационар | стационар |
| Бронхолитики – жидкие формы через небулайзер или аэрозольные через спейсера с маской (сальбутамол). Муколитики и мукокинетики. При неэффективности увеличение дозы ингаляционных стероидов на период обострения с постепенным снижением дозы до базисной. | Увеличение дозы ингаляционных стероидов на период обострения с постепенным снижением дозы до базисной. Бронхолитики – жидкие формы через небулайзер или аэрозольные через спейсера с маской (сальбутамол). Муколитики и мукокинетики (Лазолван). При выраженном интерстициальном отеке легких – диуретики (фуросемид, верошпирон) | Увеличение дозы ингаляционных стероидов + системные стероиды (дексазон) по показаниям. Бронхолитики – жидкие формы через небулайзер или аэрозольные через спейсера с маской (сальбутамол). Муколитики и мукокинетики (Лазолван). При выраженном интерстициальном отеке легких – диуретики (фуросемид, верошпирон) |
| Антибактериальная терапия по показаниям при выраженной интоксикации и фебрильной лихорадке более 3-х суток | | |

Одной из распространенных причин смерти среди детей с БЛД является RSV-бронхиолит. Для пассивной иммунопрофилактики рекомендуется препарат Паливизумаб, как средство сезонной пассивной иммунизации для этих детей.